

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)**

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA  
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA  
GENERALE 2022-2025 DELLA REGIONE LAZIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/25, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

**DICHIARA  
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

**1. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell' ambito della Regione Lazio:** (p. 0,30 per mese di attività)\*

dal.....al..... Azienda.....  
dal.....al..... Azienda.....  
dal.....al..... Azienda.....:

**2. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare):** (p. 0,20 per mese di attività) \*

dal.....al..... Azienda.....Regione .....  
dal.....al..... Azienda.....Regione .....  
dal.....al..... Azienda.....Regione .....  
dal.....al..... Azienda.....Regione .....

**3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** (p. 0,20 per mese di attività)\*

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (p.0,20 per mese)\*

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L ..... \*\*di .....
Gennaio dal ..... al ..... ore ..... Luglio dal ..... al ..... ore .....
Febbraio dal ..... al ..... ore ..... Agosto dal ..... al ..... ore .....
Marzo dal ..... al ..... ore ..... Settembre dal ..... al ..... ore .....
Aprile dal ..... al ..... ore ..... Ottobre dal ..... al ..... ore .....
Maggio dal ..... al ..... ore ..... Novembre dal ..... al ..... ore .....
Giugno dal ..... al ..... ore ..... Dicembre dal ..... al ..... ore .....

6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale [ ] medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari [ ] a tempo indeterminato [ ], determinato [ ], provvisorio [ ] di sostituzione [ ]: (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\*

Anno..... A.S.L ..... \*\*di .....
Gennaio dal ..... al ..... ore ..... Luglio dal ..... al ..... ore .....
Febbraio dal ..... al ..... ore ..... Agosto dal ..... al ..... ore .....
Marzo dal ..... al ..... ore ..... Settembre dal ..... al ..... ore .....
Aprile dal ..... al ..... ore ..... Ottobre dal ..... al ..... ore .....
Maggio dal ..... al ..... ore ..... Novembre dal ..... al ..... ore .....
Giugno dal ..... al ..... ore ..... Dicembre dal ..... al ..... ore .....

Totale ore .....

Anno..... A.S.L ..... \*\*di .....
Gennaio dal ..... al ..... ore ..... Luglio dal ..... al ..... ore .....
Febbraio dal ..... al ..... ore ..... Agosto dal ..... al ..... ore .....
Marzo dal ..... al ..... ore ..... Settembre dal ..... al ..... ore .....
Aprile dal ..... al ..... ore ..... Ottobre dal ..... al ..... ore .....
Maggio dal ..... al ..... ore ..... Novembre dal ..... al ..... ore .....
Giugno dal ..... al ..... ore ..... Dicembre dal ..... al ..... ore .....

Totale ore .....

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato [ ] determinato [ ] provvisorio [ ] o di sostituzione [ ]: (p.0,20 per mese di attività)\*

dal.....al.....A.S.L.\*\*.....
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....
dal.....al.....A.S.L.\*\*.....

**8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato  o di sostituzione** :  
*(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*  
*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\**

Anno..... A.S.L ..... \*\*di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore \_\_\_\_\_**

**9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740:** *(p. 0,20 per mese di attività)\**

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____

**10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:** *(p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)\**

Anno..... A.S.L \*\* ..... di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore \_\_\_\_\_**

Anno..... A.S.L \*\* ..... di \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____
Giugno dal ..... al ..... ore _____	Dicembre dal ..... al ..... ore _____

**Totale ore \_\_\_\_\_**

**11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL: \*** *(p. 0,20 per mese di attività)*

ASL ** .....di..... dal ..... al.....
ASL ** .....di..... dal ..... al.....
ASL ** .....di..... dal ..... al.....
ASL ** .....di..... dal ..... al.....

**12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali  di continuità assistenziale  di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo** *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):*  
*(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)\**

Anno..... A.S.L \*\* .....di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore _____	Luglio dal ..... al ..... ore _____
Febbraio dal ..... al ..... ore _____	Agosto dal ..... al ..... ore _____
Marzo dal ..... al ..... ore _____	Settembre dal ..... al ..... ore _____
Aprile dal ..... al ..... ore _____	Ottobre dal ..... al ..... ore _____
Maggio dal ..... al ..... ore _____	Novembre dal ..... al ..... ore _____

Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore** \_\_\_\_\_

Anno..... A.S.L.\*\* .....di ..... Servizio di : \_\_\_\_\_

Gennaio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Luglio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Febbraio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Agosto dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Marzo dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Settembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Aprile dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Ottobre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Maggio dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Novembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

Giugno dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_ Dicembre dal ..... al ..... ore \_\_\_\_\_

**Totale ore** \_\_\_\_\_

13. **Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** *(p. 0,10 per mese di attività)\**

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

dal.....al.....medico\*\*.....A.S.L.....

14. **Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna , medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici , medico generico fiduciario , medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti** : *(barrare l'opzione)*

*(p. 0,05 per mese di attività)\**

Ente \*\* ..... di ..... dal ..... al .....

Ente\*\* ..... di ..... dal ..... al .....

Ente\*\* ..... di ..... dal ..... al .....

A.S.L.\*\* ..... di ..... dal ..... al .....

A.S.L.\*\* ..... di ..... dal ..... al .....

15. **Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:** *(p.0,10 per mese)*

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

16. **Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico:** *(p.0,20 per mese)*

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

17. **Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:** *(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)*

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:  
(p.0,20 per mese)

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

dal..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....

19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo  o medico di Polizia di Stato  (barrare l'opzione)  
(p. 0,20 per mese di attività)\*

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)  
(p. 0,20 per mese di attività)\*

Anno..... Stabilimento Termale\*\* ..... Comune di .....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____

Anno..... Stabilimento Termale\*\* ..... Comune di .....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____

Totale ore \_\_\_\_\_

21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: (p. 0,20 per mese di attività) \*

Ente \*\*..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\*..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\*..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\*..... Stato ..... dal ..... al .....

Ente \*\*..... Stato ..... dal ..... al .....

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)**

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (2) \_\_\_\_\_**

*(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)*

*(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

**Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)**

*Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.*

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ente/ASL /Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per esteso (I)** \_\_\_\_\_

*(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

## **INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

### **Art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personale (GDPR).**

Si informa che i dati personali, conferiti a Regione Lazio, come richiesto dal regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (GDPR 2016/679, Articolo 13), sono oggetto di trattamento, sia in forma cartacea sia elettronica per le finalità di seguito descritte.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il Titolare del Trattamento è Regione Lazio (di seguito "Regione"), con sede in Roma – Via R.R. Garibaldi, 7 (tel. 06.51685072, pec: arearisorseumanessr@regione.lazio.legalamail.it, sito web: ww.regione.lazio.it).

In tale veste è responsabile di garantire l'applicazione delle misure organizzative e tecniche necessarie e adeguate alla protezione dei dati.

### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

La Regione Lazio ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) o Data Protection ai sensi degli artt. 37 e ss. del Regolamento, domiciliato presso la sede della Regione.

Il Responsabile della Protezione dei Dati potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei dati dell'interessato, ai seguenti recapiti: (PEC): arearisorseumanessr@regione.lazio.legalamail.it; - Centralino: telefono +390651681

### **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

#### **1. Finalità del Trattamento**

Il trattamento dei dati personali avverrà, per le finalità di seguito descritte, in conformità alla vigente normativa in materia di Privacy, pertanto Regione Lazio si impegna a trattarli secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, nel rispetto delle finalità di seguito indicate, raccogliendoli nella misura necessaria ed esatta per il trattamento, utilizzandoli solo da personale allo scopo autorizzato.

#### **2. Base Giuridica del Trattamento**

La base giuridica del trattamento si identifica nell'art. 6 comma 1 lett. e) del regolamento UE 2016/679 pertanto il trattamento dei dati personali dell'interessato viene effettuato da Regione Lazio per lo svolgimento di funzioni istituzionali e non necessita del consenso dell'interessato stesso.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea e mediante strumenti informatici con profili di sicurezza e confidenzialità idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza nonché ad evitare accessi non autorizzati ai dati personali.

#### **3. Dati Personali**

Il trattamento dei dati personali, forniti dall'interessato a Regione Lazio, è svolto manualmente o mediante sistemi informatici e telematici, comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, ed è riferito, in relazione alle finalità di seguito indicate a tutte le operazioni necessarie coerentemente con gli obiettivi prefissati.

Nel dettaglio, i dati personali sono trattati nell'ambito delle attività della Regione esclusivamente per **la formulazione della graduatoria riservata** per l'ammissione, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/2025 indetto da Regione Lazio e per la gestione del relativo corso di formazione.

Regione, inoltre, si impegna di informare l'interessato ogni qual volta le finalità sopra esplicate dovessero cambiare, prima di procedere ad un eventuale trattamento ulteriore.

#### **4. Natura del Trattamento**

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure per la formulazione della graduatoria riservata per l'ammissione corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/2025 indetto da Regione Lazio. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di essere inserito nella graduatoria in questione.

Il conferimento di ulteriori dati personali non richiesti direttamente dalla legge o da altra normativa potrà essere comunque necessario qualora tali dati personali siano connessi o strumentali all'instaurazione, attuazione o prosecuzione delle finalità sopra descritte; in tal caso l'eventuale rifiuto potrebbe comportare l'impossibilità di eseguire correttamente il rapporto in essere.

#### **5. Modalità di Trattamento dei dati**



Il trattamento avviene con strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nel rispetto di quanto previsto dal Capo II (Principi) e dal Capo IV (Titolare del trattamento e responsabile del trattamento) del Regolamento.

Il trattamento potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi e, comunque, sarà eseguito nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs 196/03 s.m.i., dei relativi regolamenti attuativi, del Regolamento UE 2016/679.

Nel caso in cui siano acquisiti dati che la legge definisce “categorie particolari di dati personali”, tali dati saranno trattati – oltre a quanto già precisato in via generale per tutti i dati – nel rispetto di quanto previsto dall’art. 9 del Regolamento.

#### **6. Periodo di Conservazione dei dati**

I dati forniti sono conservati per il periodo di tempo previsto dalla normativa che sottende il trattamento, anche tributaria e contabile; al termine di tale periodo, i dati personali saranno in tutto o in parte cancellati (ai sensi della normativa applicabile) o resi in forma anonima in maniera permanente.

#### **7. Ambito di conoscibilità e comunicazione dati**

I dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per le sopra citate finalità, alle seguenti categorie di soggetti:

- responsabili quali soggetti eventualmente incaricati dal Titolare o sopraccitato Responsabile per adempiere alla normativa vigente
- gli autorizzati dal Titolare e dai sopra citati Responsabili

Con specifico riferimento a persone, società, associazioni o studi professionali che prestino servizi o attività di assistenza e consulenza o forniscano servizi alla Regione, con particolare, ma non esclusivo, riferimento alle questioni in materia tecnologica, contabile, amministrativa, legale, tributaria e finanziaria, essi saranno nominati, da parte di Regione, Responsabili del Trattamento dei dati personali ai sensi dell’Articolo 28 del GDPR, mediante atto di nomina dedicato, con indicazione delle modalità di trattamento e delle misure di sicurezza che essi dovranno adottare per la gestione e la conservazione dei dati personali di cui la Regione è Titolare.

#### **8. Trasferimento dei Dati all’Estero**

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server, ubicati all’interno dell’Unione Europea, di Regione e/o di società terze incaricate e debitamente nominate quali Responsabili del trattamento.

I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell’Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che Regione, ove si rendesse necessario, avrà la facoltà di spostare l’ubicazione dei server all’interno dell’Unione Europea e/o in Paesi extra-UE.

In tal caso, Regione assicura sin d’ora che il trasferimento dei dati Extra-UE avverrà in conformità agli artt. 44 ss. del Regolamento ed alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato.

### **DIRITTI DEGLI INTERESSATI**

Si informa che con riferimento ai dati trattati da Regione Lazio, l’interessato può esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18 e 21 del Regolamento.

In particolare:

- (a) Ha la possibilità di ottenere da Regione la conferma dell’esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, ed in questo caso, l’accesso alle seguenti informazioni:

- Finalità del trattamento,
- Categorie di dati personali trattati,
- Destinatari o categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- Periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- Qualora i dati non siano raccolti presso l’interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- L’esistenza di un processo decisionale automatizzato e, in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l’importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l’interessato;
- L’esistenza di garanzie adeguate ai sensi dell’articolo 46 relative al trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali.

- (b) In aggiunta, l’interessato ha il diritto di:

- Ottenere l’aggiornamento, la rettifica o l’integrazione dei Suoi dati, la cancellazione, nei termini consentiti dalla normativa, oppure chiedere che siano anonimizzati, la limitazione del trattamento, ed ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi;
- Revocare il proprio consenso, qualora previsto;
- Proporre un reclamo all’Autorità di Controllo.

A tal scopo, Regione invita a presentare in maniera gratuita, la richiesta per iscritto, comprensiva di data e firma, trasmettendola a mezzo e-mail, al seguente indirizzo di posta elettronica: Pec : [arearisorseumane@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumane@regione.lazio.legalmail.it)

Si informa che Regione si impegna a rispondere alle richieste nel termine di un mese, salvo caso di particolare complessità, per cui potrebbe impiegare massimo 3 mesi. In ogni caso, Regione provvederà a spiegare il motivo dell'attesa entro un mese dalla richiesta. L'esito della richiesta verrà fornito per iscritto o su formato elettronico. Nel caso sia richiesta la rettifica, la cancellazione nonché la limitazione del trattamento, Regione si impegna a comunicare gli esiti delle richieste a ciascuno dei destinatari dei dati, salvo che ciò risulti impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato.

Si ricorda che la revoca del consenso, non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Regione specifica che può essere richiesto un eventuale contributo qualora le domande risultino manifestamente infondate, eccessive o ripetitive.

#### **MODIFICHE ALLA PRESENTE INFORMATIVA**

La presente informativa potrà subire delle variazioni. Si consiglia quindi di controllare regolarmente questa informativa e di riferirsi alla versione più aggiornata.